　　　　　　　令和　　年　　月　　日

静岡県国民健康保険団体連合会　御中

診療（調剤）報酬振込通知書等の再発行依頼書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 再発行の対象となる通知書  （該当する種類を○で囲んでください） | | ・振込通知書  ・過誤調整結果通知書　（　国保　　後期　）  ・増減点・返戻通知書　（　国保　　後期　） |
| 保険医療機関等コード | |  |
| 点数表　　　　　　　　　　　　（該当する点数表を○で囲んで下さい） | | 医科 ・　歯科 ・　調剤 ・　訪問看護 |
| 保険医療機関等名称 | |  |
| 保険医療機関等所在地 | |  |
| 電話番号 | |  |
| 担当者名 | |  |
| 請求月  （診療分） | ・単月 | 平成・令和　　　年　　月請求分  （平成・令和　　　年　　月診療分） |
| ・複数月 | 平成・令和　　年　　月　～　　年　　月請求分  （平成・令和　　年　　月　～　　年　　月診療分） |
| 再発行の理由 | |  |
| 備考欄 | |  |

・返送用の切手を同封してください。

（料金不足とならないようご注意ください。）

【送付先・お問合せ先】

〒４２０－８５５８

静岡市葵区春日２丁目４番３４号

担当：静岡県国民健康保険団体連合会　情報管理課　請求支払係

電話番号：０５４－２５３－５５８６